

**DEPARTEMENT
GESUNDHEIT UND SOZIALES**
Abteilung Gesundheit

Declaração de consentimento informado do(s) encarregado(s) de educação

☞ Preencha e assine este formulário e dê-o à sua filha/ao seu filho para que o entregue na escola.
Muito obrigado.

Dados pessoais da criança (**Grafia como no CC, passaporte ou bilhete de identidade de estrangeiro**):

Nome:	
Primeiro nome:	
Data de nascimento:	
Género:	
Rua, n.º	
Código postal, residência	
Classe:	
N.º de telemóvel para download do certificado	

Assinale sim ou não:

<input type="checkbox"/>	Sim , concordamos que a nossa filha/o nosso filho seja vacinada(o) contra a Covid-19 na escola.
<input type="checkbox"/>	<i>Em caso afirmativo, responda a esta pergunta:</i> Confirmamos que não temos conhecimento de que a nossa filha/o nosso filho tenha qualquer alergia ao polietilenoglicol 2000 (macrogol) ou à trometamina.
<input type="checkbox"/>	Não , não desejamos que a nossa filha/o nosso filho seja vacinada(o) contra a Covid-19 na escola, ou a nossa filha/o nosso filho já foi vacinada(o).

O(A) abaixo assinado(a) confirma a exatidão das informações fornecidas:

Local, Data:

Nome e assinatura de pelo menos um encarregado de educação

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____